

Cáncer de páncreas: un desafío global en salud pública

Pancreatic cancer: a global public health challenge

Marcel Sosa-Carabeo^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5562-1937>

Carlos Z. Acanda² <https://orcid.org/0009-0002-6175-6752>

¹Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

²Instituto de Gastroenterología. La Habana, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** marcelsosa@infomed.sld.cu

Recibido: 21/06/2025

Aceptado: 11/10/2025

Sr. Editor:

El cáncer de páncreas (CP) es uno de los desafíos oncológicos del presente. Esta neoplasia maligna se origina en los tejidos del páncreas, un órgano vital en la digestión y regulación del azúcar en la sangre. Ocupa el duodécimo lugar como cáncer más común a nivel mundial y, debido a su mal pronóstico, es la sexta causa principal de muerte por cáncer, contribuyendo al 5 % de todas las muertes por este tipo de entidad.⁽¹⁾ Es conocido por su agresividad y por ser uno de los más letales, con una tasa de supervivencia a cinco años que apenas alcanza el 10 % en muchos casos. La alta mortalidad se debe principalmente a su diagnóstico tardío; por otra parte, suelen ser localmente irresecables, con metástasis a distancia, debido a la ausencia de síntomas en los pacientes y a la falta de herramientas diagnósticas eficaces para la detección temprana.⁽²⁾ Las perspectivas para el CP, en particular su forma de inicio precoz, siguen siendo desalentadoras; y a

pesar de ser relativamente raro, su incidencia ha ido en aumento, convirtiéndose en un problema significativo de salud pública a nivel global.

La incidencia del CP varía significativamente entre diferentes regiones del mundo. Entre las tasas de incidencia regionales, las más altas corresponden a Europa Occidental (10,1 % en hombres, 7,7 % en mujeres), Europa Oriental (9,8 % en hombres, 5,9 % en mujeres), América del Norte (9,6 % en hombres, 7,4 % en mujeres) y Europa Meridional (8,8 % en hombres, 6,7 % en mujeres). Las tasas de incidencia más bajas se encontraron en Asia Central y Meridional (1,5 % para hombres, 0,9 % para mujeres), África Central (1,9 % para hombres, 1,2 % para mujeres), África Oriental (1,9 % para hombres, 1,6 % para mujeres) y África Occidental (2,0 % para hombres, 1,5 % para mujeres). En el caso específico de la región de las Américas, América del Sur (5,6 % en hombres, 4,4 % en mujeres), Caribe (5,3 % en hombres, 3,8 % en mujeres), y América Central (4,0 % en hombres, 3,4 % en mujeres).⁽¹⁾ Las tendencias indican un incremento en la incidencia en los países en vías de desarrollo, posiblemente relacionado con cambios en los estilos de vida y el aumento de factores de riesgo como la obesidad y el tabaquismo. Ante la disminución simultánea de las tasas de mortalidad por otros cánceres gastrointestinales, como el cáncer colorrectal y de estómago, el CP ha cobrado mayor relevancia en el discurso de salud pública.^(1,3) En países como los EE. UU., por citar un ejemplo, se prevé que el CP se convertirá en la segunda causa principal de mortalidad por cáncer para 2040, superando al cáncer colorrectal.⁽⁴⁾ En Cuba, su impacto ha sido significativo, y las tasas de mortalidad han tenido poca variabilidad en los últimos cinco años, dado a su incremento moderado y sostenido; reflejando tendencias globales de diagnóstico tardío y limitaciones terapéuticas. En relación a la mortalidad por tumor maligno de páncreas, los hombres y las mujeres tienen igual riesgo de morir; y, al analizar las localizaciones, se sitúa entre las tasas más elevadas de incidencia de cáncer en mujeres.^(5,6) Sin embargo, el sistema de salud cubano, reconocido por su enfoque

preventivo y acceso universal, ofrece un escenario único para analizar avances y barreras en el manejo de esta enfermedad.

El cuadro clínico del CP es insidioso y a menudo se presenta con signos y síntomas vagos como dolor abdominal, pérdida de peso inexplicable, ictericia y cambios en las heces. Estos elementos clínicos suelen aparecer en etapas avanzadas, lo que dificulta el diagnóstico temprano. La forma de presentación más común es el adenocarcinoma ductal pancreático, que representa a gran parte de los casos.⁽⁷⁾ La etiopatogenia del CP es multifactorial. Factores de riesgo bien establecidos incluyen el tabaquismo, la diabetes mellitus, la pancreatitis crónica, dietas ricas en grasas y antecedentes familiares de cáncer pancreático.⁽⁸⁾ A nivel molecular, también se han identificado alteraciones genéticas específicas, como mutaciones en los genes KRAS, TP53 y CDKN2A, que juegan un papel decisivo en la progresión tumoral.^(8,9) El diagnóstico temprano sigue siendo un reto debido, como se explicó antes, a la falta de métodos efectivos de detección precoz. Las técnicas más comunes incluyen la tomografía computarizada, la resonancia magnética, la ecografía endoscópica y la colecistopancreatografía retrógrada. Sin embargo, la biopsia sigue siendo fundamental para confirmar el diagnóstico.⁽⁹⁾ El tratamiento del CP depende del estadio de la enfermedad. Las opciones incluyen cirugía, quimioterapia y radioterapia. La cirugía puede ser curativa si se realiza en etapas tempranas; no obstante, solo pocos de los pacientes son candidatos para este procedimiento. La quimioterapia adyuvante es comúnmente utilizada para mejorar la supervivencia.^(10,11) El Nimotuzumab es un anticuerpo monoclonal humanizado anti- receptor del factor de crecimiento epidérmico, con cuya aplicación se han documentado mejoras en la tasa de respuesta tumoral y supervivencia en pacientes con CP; además de demostrarse, en estudios clínicos, que la combinación de Nimotuzumab con la quimioterapia con gemcitabina es eficaz, segura y bien tolerada.^(12,13) Cuba destaca por su sector biotecnológico, con potencial para desarrollar terapias muy innovadoras. En un estudio combinado de Nimotuzumab con un

esquema de quimioterapia que incluye los medicamentos clorhidrato de gemcitabina y oxaliplatino (GEMOX) en pacientes con CP avanzado, al igual que en estudios foráneos, resultó seguro y bien tolerado.⁽¹⁴⁾

La prevención del CP se centra en la modificación de factores de riesgo. Promover estilos de vida saludables, como una dieta equilibrada, el ejercicio regular y la cesación del tabaquismo, puede reducir significativamente el riesgo de padecerlo. Además, internacionalmente se están investigando enfoques preventivos en poblaciones con alto riesgo genético.⁽⁹⁾ La creciente evidencia destaca el papel central que desempeñan los factores de riesgo modificables, en particular la obesidad, en el aumento de la incidencia y la mortalidad por CP. Los datos muestran que las tasas más altas de CP en hombres están relacionadas con la obesidad, junto con el tabaquismo, el consumo de alcohol y la inactividad física.^(8,15,16) En EE. UU., el 17,9 % de los casos de CP se relacionan con el exceso de peso corporal. En Cuba, aunque el sistema de salud promueve campañas antitabaco y de adecuada alimentación, la implementación de programas específicos para CP es limitada. La ausencia de biomarcadores validados para tamizaje en población asintomática dificulta la prevención secundaria.

La creciente carga del CP, tanto en regiones de altos como de bajos ingresos, enfatiza la importancia de estrategias coordinadas de salud pública. Las proyecciones indican que la incidencia del CP seguirá aumentando hasta 2040 y años posteriores, por lo que es vital abordar los factores de riesgo modificables que impulsan esta tendencia. Al centrarse en la prevención, la detección temprana y las modificaciones del estilo de vida, las iniciativas de salud pública pueden desempeñar un papel importante en la mitigación del impacto de esta devastadora enfermedad.⁽¹⁶⁾ Cuba enfrenta retos con relación a esta entidad, entre ellos se destacan dificultades en el acceso a inmunoterapias debido a costos y sanciones internacionales, la escasez de equipos de radioterapia de última generación y medicamentos esenciales, así como insuficientes ensayos clínicos y estudios epidemiológicos locales.

El CP representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. La combinación de un diagnóstico tardío, una alta mortalidad y la complejidad de su tratamiento subraya la necesidad urgente de investigación continua y estrategias efectivas para su prevención, control y manejo. Es esencial aumentar la concienciación sobre esta enfermedad y fomentar hábitos saludables que puedan contribuir a reducir su incidencia. La atención primaria, eje del sistema sanitario cubano, ofrece una plataforma para implementar estrategias educativas y de seguimiento a diferentes grupos de riesgo (diabéticos, fumadores).

Referencias bibliográficas

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2024;74(3):229-263. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21834>.
2. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians.* 2023;73(1):17-48. DOI: <https://doi.org/10.3322/caac.21763>.
3. Hu JX, Zhao CF, Chen WB, Liu QC, Li QW, Lin YY, et al. Pancreatic cancer: A review of epidemiology, trend, and risk factors. *World J Gastroenterol.* 2021;27(27):4298-4321. DOI: <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i27.4298>.
4. Rahib L, Wehner MR, Matrisian LM, Nead KT. Estimated Projection of US Cancer Incidence and Death to 2040. *JAMA Netw Open.* 2021;4:e214708. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.4708>.
5. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de la Salud. Anuario Estadístico de Salud. 52 ed. La Habana; 2024. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>.

6. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Registro Nacional del Cáncer. Último reporte, 2020.
7. Takeda T, Sasaki T, Inoue Y, Okamoto T, Mori C, Mie T, et al. Early-onset pancreatic cancer: Clinical characteristics and survival outcomes. *Pancreatology*. 2022;22(4):507-515. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pan.2022.04.003>.
8. Grigorescu RR, Husar-Sburlan IA, Gheorghe C. Pancreatic Cancer: A Review of Risk Factors. *Life*. 2024;14(8):980. DOI: <https://doi.org/10.3390/life14080980>.
9. Silaghi A, Serban D, Gaspar B, Verlas V, Epistatu D, Paius C, et al. Pancreatic cancer; from effective prevention and early diagnosis to personalized therapy. *J Mind Med Sci*. 2024;11(2):299-309. DOI: <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1564>.
10. Ma Y, Zhang F, Yang Y. Recent advances in the treatment of pancreatic cancer. *Holist Integ Oncol*. 2024;3(34). DOI: <https://doi.org/10.1007/s44178-024-00089-6>.
11. Christopher J Halbrook, Costas A Lyssiotis, Marina Pasca di Magliano, Anirban Maitra. Pancreatic cancer: Advances and challenges. *Cell*. 2023;186(8):1729-1754. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.02.014>.
12. Sánchez Y, Concepción ML, Amador Y, Piriz A, Rabassa R, Leyva A, et al. Nimotuzumab concurrent with gemcitabine as first-line treatment of locally advanced or metastatic pancreatic adenocarcinoma. *Biomed Res Int*. 2023;1496072. DOI: <https://doi.org/10.1155/2023/1496072>.
13. Li Y, Li D, Liu Q, Li J. Combined efficacy of nimotuzumab and gemcitabine on the treatment of advanced pancreatic cancer. *Pancreas*. 2024;53(6):e537-e542. DOI: <https://doi.org/10.1097/MPA.0000000000002328>.
14. Lima-Pérez M, Soriano-García JL, González-Meisozo M, Rodríguez-Barrios R, Vals-Machado Y, Domínguez-Álvarez C, et al. Nimotuzumab combinado con un esquema de quimioterapia GEMOX en pacientes con cáncer pancreático avanzado. *VacciMonitor*. 2021;30(3):133-144.

Disponible en:

[https://vaccimonitor.finlay.edu.cu/index.php/vaccimonitor/article/view/278.](https://vaccimonitor.finlay.edu.cu/index.php/vaccimonitor/article/view/278)

15. Aslanian HR, Lee JH, Canto MI. AGA Clinical Practice Screening in High-Risk Individuals: Expert Review. *Gastroenterology*. 2020;159(1):358-362. DOI:

<https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.03.088>.

16. Zottl J, Sebesta ChG, Tomosel E, Sebesta M-C, Sebesta C. Unraveling the Burden of Pancreatic Cancer in the 21st Century: Trends in Incidence, Mortality, Survival, and Key Contributing Factors. *Cancers*. 2025;17(10):1607. DOI: <https://doi.org/10.3390/cancers17101607>.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.